

Kathy Steele  
Suzette Boon  
Onno van der Hart

Behandeling van  
**trauma-  
gerelateerde  
dissociatie**

Een praktische  
integratieve benadering



Uitgeverij Mens!

# Inhoud

Woord vooraf 11

Dankwoord 19

## **Inleiding**

1 Dissociatie als non-realisatie 25

## **Deel een:**

### **De therapeutische relatie**

- 2 De therapeut die 'goed genoeg' is 61
- 3 De therapeutische relatie: veiligheid, gevaar en conflict 81
- 4 De gehechtheid voorbij: een op samenwerking gerichte therapeutische relatie 99

## **Deel twee:**

### **Diagnostiek, casusformulering en behandelplan**

- 5 De diagnostiek van dissociatieve stoornissen 131
- 6 Na de diagnose: verdere evaluatie, prognose en casusformulering 161
- 7 Het behandelplan 193
- 8 De basisprincipes van een behandeling 215
- 9 De fasegerichte behandeling: een overzicht 235

## **Deel drie:**

### **Fase 1 – behandeling: stabilisatie en symptoomreductie**

- 10 Werken met dissociatieve delen vanuit een systemisch perspectief 261
- 11 Weerstand als vorm van fobische vermijding: een inleiding 289
- 12 Weerstand als vorm van fobische vermijding: praktische benaderingen 315
- 13 Afhankelijkheid in de therapie: altijd, soms, nooit? 331
- 14 Werken met de kinddelen van de cliënt 363
- 15 De integratieve aanpak van schaamte: verschillende benaderingen 379
- 16 Werken met boze en vijandige delen van de cliënt 411
- 17 Werken met daderimiterende delen van de cliënt 427
- 18 Een einde maken aan onveilig gedrag 453
- 19 Specifieke onderwerpen 483

**Deel vier:**

**Fase 2 – behandeling: integratie van traumatische herinneringen**

- 20 De behandeling van traumatische herinneringen: een overzicht 513
- 21 De behandeling van traumatische herinneringen: richtlijnen en technieken 533

**Deel vijf:**

**Fase 3 – behandeling: persoonlijkheidsintegratie en rehabilitatie**

- 22 De integratie van dissociatieve delen tot een consistente persoonlijkheid 567
- 23 Fase 3 en daarna 585

Bijlage A: Screeningsinstrumenten en diagnostische interviews voor dissociatieve stoornissen 601

Bijlage B: Vragenlijst ter evaluatie van het behandelverloop en de prognose bij dissociatieve stoornissen 605

Bijlage C: Mijn veiligheidsplan 613

Literatuuroverzicht 617

Trefwoordenregister 655

# Woord vooraf

Dit boek is niet alleen de vrucht van ontelbare uren ervaring in het behandelen van cliënten met een complexe dissociatieve stoornis, maar is ook voortgevloeid uit het jarenlang geven van supervisie en consultatie waarin therapeuten hun moeilijkste vragen, behoeften en kwetsbaarheden naar voren brachten. In die jaren hebben we gehoord hoe therapeuten over de hele wereld vergelijkbare vragen stelden en worstelden met dezelfde uitdagingen bij het behandelen van cliënten met een dissociatieve stoornis. Naast het bieden van een overzicht van de fasegerichte behandeling bespreken we in dit boek de volgende onderwerpen: waaraan moet het eerst aandacht worden besteed bij een complexe therapie en hoe doe je dat; hoe creëer je een veilige omgeving voor een cliënt die onveilig gedrag vertoont zonder de cliënt te ‘redden’; hoe kun je met dissociatieve delen werken op manieren die bevorderlijk zijn voor integratie (in plaats van verdere dissociatie te bewerkstelligen); hoe stel je gezonde grenzen en hoe bewaak je deze; hoe kun je op een begripvolle en effectieve manier omgaan met afhankelijkheid van de therapeut; hoe kun je cliënten helpen hun traumatische herinneringen te integreren; wat kun je doen als de cliënt woedend is, zich voortdurend schaamt, vermijdend gedrag vertoont of niet in staat is te ervaren dat de therapeut goede bedoelingen heeft; en hoe kun je met compassie en begrip werken aan weerstand? We richten onze aandacht echter niet alleen op het conceptualiseren en behandelen van dissociatieve problematiek, maar geven ook speciale aandacht aan de wijze waarop de therapeut zich effectief en begripvol kan verhouden tot cliënten die zichzelf ervaren als velen in plaats van één.

## **Doen versus zijn**

De meeste therapeuten die nog maar net beginnen te werken met dissociatieve cliënten zijn op zoek naar technieken. Geconfronteerd met een ingewikkeld en onbekend terrein is het niet meer dan logisch dat ze willen weten wat ze moeten doen. Deze therapeuten maken in dit boek kennis met verschillende therapeutische technieken die geleidelijke integratie bevorderen bij cliënten met een dissociatieve stoornis. De ruggengraat van de behandeling wordt

echter gevormd door de therapeutische relatie: de wijze waarop de therapeut bij de cliënt is. Dit is op zich al een essentiële therapeutische interventie.

Het is de taak van iedere goede therapeut om een combinatie van cognitieve, emotionele en lichaamsgerichte interventies (dingen om te doen) naadloos te verweven met de relationele ervaringen van twee mensen zoals die op een bepaald moment plaatsvinden in de tweepersoonspsychologie (manieren om te zijn). Er is in feite geen benadering die praktischer en integratiever is dan een therapeutische relatie waarin het werken met cliënten die zo verschrikkelijk zijn gekwetst door anderen een integraal onderdeel vormt. De bevindingen van de interpersoonlijke neurobiologie wijzen in toenemende mate op de essentie en de transformerende kracht van impliciete relationele interacties in de therapie (bijv. Cozolino, 2010; Schore, 2012; Siegel, 2010b, 2015). De invloed van de therapeutische relatie is zelfs nog groter bij cliënten met een dissociatieve stoornis dan bij andere cliëntengroepen (Cronin, Brand, & Mattanah, 2014). Het relationele proces vraagt bij deze cliënten dus om extra aandacht en zorg. Toch maken therapeuten in het algemeen nog te weinig gebruik van de relatie als therapeutisch instrument, ondanks de aanbevelingen daartoe door deskundigen (Brand et al., 2013). We hebben daarom geprobeerd om een praktische, integratieve aanpak met zo veel mogelijk verschillende technieken in te bedden in een relationele context.

Als je wordt geconfronteerd met urgentie, crisis en verwarring, is het uitermate moeilijk om niet uit alle macht te proberen daar iets aan te doen. Woorden schieten echter soms tekort of worden verkeerd geïnterpreteerd in de therapie; interventies vallen in duigen of worden uitdrukkelijk van de hand gewezen; goede bedoelingen hebben niet het gewenste effect en er doen zich problemen voor waarover je geen enkele controle lijkt te hebben. Wat er dan nodig is, zijn de 'onzichtbare' interventies: non-verbale en impliciete manieren van bij de cliënt zijn. Om een kleine draai te geven aan een oud spreekwoord: het gaat niet om dóén maar om er te zijn voor je cliënt. Wat zich afspeelt in de therapeutische relatie is vaak lastig te herkennen voor therapeuten. Toch is het effectief inzetten van de therapeutische relatie een essentieel onderdeel van de behandeling. We hebben in dit boek geprobeerd om manieren aan te dragen waarop de therapeut datgene kan communiceren wat nauwelijks in woorden gevangen kan worden. Dit is van essentieel belang voor ernstig getraumatiseerde cliënten die vaak in een overweldigende innerlijke wereld leven waarin woorden hun betekenis hebben verloren en taal niet beschikbaar is. Daarnaast geven we voorbeelden van lichaamsgerichte interventies die kunnen helpen als woorden ontoereikend zijn.

Volgens de 'common factors theory' (de theorie van de gemeenschappelijke factoren) met betrekking tot psychotherapie spelen specifieke theoretische benaderingen in feite slechts een kleine rol in het al dan niet herstellen van de cliënt. Gemeenschappelijke factoren die wel een significante bijdrage leveren

aan het herstel van de cliënt zijn onder andere: samenwerken om gedeelde doelen na te streven, de therapeutische relatie, de empathie van de therapeut, positieve aandacht voor en bevestiging van de cliënt, de congruentie en authenticiteit van de therapeut en andere factoren die afhankelijk zijn van de therapeut (Laska, Gurman, & Wampold, 2014; Wampold, 2001). Zulke bevindingen betekenen niet dat therapeuten elke theorie en techniek maar moeten loslaten bij het behandelen van cliënten met een dissociatieve stoornis – of welke stoornis dan ook. Wij geloven dat een georganiseerde en doordachte aanpak – welke aanpak dat dan ook is – noodzakelijk is om de gemeenschappelijke factoren daadwerkelijk effectief te laten zijn. Zelfs als therapeuten een gedegen relationele aanpak hanteren, met een duidelijk behandelkader en gezonde grenzen, zijn er nog steeds speciale technieken nodig om met dissociatieve delen te kunnen werken, tenminste bij cliënten met een complexe dissociatieve stoornis. Deze technieken zijn van cruciaal belang voor een effectieve behandeling van deze cliënten (bijv. Boon, Steele, & Van der Hart, 2011/2012; Brand et al., 2011; Kluff, 1991, 1993a, 1995; Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006/2010).

### **Het behandelen van cliënten met een dissociatieve stoornis: een perspectief in alle bescheidenheid**

We bieden dit boek in alle bescheidenheid aan, wetende dat geen enkele therapeut alle goede antwoorden in pacht heeft. Ook al hebben we samen meer dan 120 jaar ervaring in het behandelen van cliënten met een dissociatieve stoornis, we zijn ons er terdege van bewust dat er nog zoveel is dat we niet weten, niet kunnen weten of dat anderen beter weten dan wij. Net als iedereen maken we dan ook nog regelmatig fouten. Wat in dit boek wordt beschreven, is wat we wél weten. En we zijn er redelijk zeker van dat dit je zal helpen om je vaardigheden uit te breiden of te verdiepen met betrekking tot de behandeling van cliënten met een dissociatieve stoornis.

Toegegeven, de empirische onderbouwing van de behandeling van deze cliënten staat nog in de kinderschoenen. De benaderingen die we in dit boek delen, zijn dan ook voornamelijk gebaseerd op onze klinische kennis en ervaring (een legitieme vorm van onderbouwing) en niet op gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek. Gelukkig is er wel veel – en steeds meer – goede empirische literatuur voorhanden over de effectiviteit van deze gangbare benaderingen voor het werken met dissociatieve cliënten (Brand, Classen, Lanius et al., 2009; Brand & Loewenstein, 2014; Brand, Loewenstein, & Spiegel, 2014; Myrick, Chasson, Lanius, Leventhal, & Brand, 2015). Wat wij – en anderen – succesvol hebben bevonden in onze therapieën wordt eindelijk ook bevestigd door onderzoek. We raden onze lezers echter

sterk aan om op de hoogte te blijven van actueel onderzoek en nieuwe behandelingsaanbevelingen.

Het lijkt wellicht soms of we een lineaire structuur proberen aan te brengen in een uiterst ingewikkeld en vaak rommelig therapieproces. Misschien maken we ons er schuldig aan het gemakkelijker te doen voorkomen dan het is. We weten echter uit ervaring dat er geen andere therapie is die een therapeut zo kan doen twifelen aan zijn of haar bekwaamheid als het werken met chronisch getraumatiseerde mensen. De realiteit die voor ons allemaal geldt, is dat een therapie wisselvallig, precair, lastig en verwarrend kan zijn. Net als alle andere therapeuten hebben ook wij ons soms verloren gevoeld, wisten we niet wat te doen of hoe ons te gedragen, hebben we onbedoelde fouten gemaakt, belangrijke signalen gemist en zijn we verstrikt geraakt in overdracht en tegenoverdracht. Sommige van de lessen die we in dit boek delen, komen niet zozeer voort uit onze successen, maar uit onze fouten. We hopen dat jij, de lezer, evenveel zult profiteren van onze tegenslagen als van onze overwinningen. We hopen ook dat jij je eigen fouten zult aangrijpen als een gelegenheid om van te leren. Je hoeft niet perfect te zijn om dit werk te doen. Het is voor iedere therapeut het best als het lukt om de zware en niet-realistische last van het perfectionisme neer te leggen.

## **De opzet van het boek**

De behandelingsvormen die we in dit boek beschrijven, zijn gericht op cliënten met wie therapeuten in een zelfstandige praktijk of andere ambulante setting kunnen werken. Er is absoluut een subgroep van dissociatieve cliënten met zeer ernstige klachten die heel nauwkeurig moeten worden onderzocht om te bepalen of ze misschien beter behandeld kunnen worden in een omgeving die voorziet in crisiszorg, uitgebreide ondersteuning en casemanagement, en waar de overstap naar een psychiatrische opname redelijk eenvoudig is. Chu (2011) noemt deze cliënten 'chronisch machteloos'. Ze hebben bijvoorbeeld vaak een comorbide persoonlijkheidsstoornis, soms gepaard gaand met extreem suïcidaal, zelfbeschadigend of andersoortig zelfdestructief gedrag. We hebben gemerkt dat therapeuten soms zo gefocust zijn op dissociatieve symptomen en de manier waarop de complexe problematiek van dissociatieve cliënten tot uiting komt dat ze geen goed onderscheid meer kunnen maken tussen cliënten voor wie een ambulante setting passend is en cliënten voor wie dat niet geldt, of tussen cliënten die louter ondersteuning nodig hebben en cliënten die op een gegeven moment in staat zijn om een intensieve psychotherapie aan te gaan en daar baat bij te hebben. Daarom besteden we in dit boek ook aandacht aan de kenmerken van cliënten met zeer uiteenlopende behoeften en prognoses, zodat de therapeut

samen met de cliënt een verstandige keuze kan maken over welke setting en welke behandeling aangewezen zijn. Zoals altijd raden we therapeuten aan om advies te zoeken als ze twijfelen, zoals wij dat zelf ook nog steeds doen.

Dit boek bestaat uit zes delen. Hoofdstuk 1, de inleiding, geeft een overzicht van de neuropsychologische aspecten van dissociatie als een stoornis die zich uit in non-realisatie. Deel een (hoofdstuk 2 tot en met 4) richt zich op de therapeutische relatie en de therapeut als mens. Deel twee (hoofdstuk 5 tot en met 9) is gewijd aan diagnostiek en planning. In deze hoofdstukken bespreken we de diagnostiek van dissociatieve stoornissen, de casusformulering, de prognose, het behandelplan en de principes van het behandelen van een dissociatieve stoornis. Ook geven we een overzicht van de drie fasen van de behandeling, elk met hun eigen doelen. Deel drie (hoofdstuk 10 tot en met 19) behandelt fase 1 van de behandeling. We gaan in op de specifieke problematiek en manieren waarop dissociatieve delen bij de therapie betrokken kunnen worden. Onderwerpen die in deze hoofdstukken aan bod komen zijn onder andere: weerstand begrijpen als gezamenlijk probleem van de cliënt en de therapeut; werken met weerstand; omgaan met afhankelijkheid in de therapie en integratieve benaderingen om te werken met chronische schaamte. In hoofdstuk 19 worden diverse gerelateerde onderwerpen behandeld, zoals cliënten helpen omgaan met hun huidige relaties en met ouderschap; seksuele problemen; dilemma's met betrekking tot het gezin van herkomst; conflicten en verdeeldheid binnen het behandelteam hanteren; en problemen bij doorgaand misbruik. Deel vier (hoofdstuk 20 en 21) gaat over de fase 2-behandeling van traumatische herinneringen. In deel vijf (hoofdstuk 22 en 23) worden het integreren van dissociatieve delen tot een coherente persoonlijkheid en andere onderwerpen die in fase 3 aan de orde komen besproken.

Bovendien hebben we in het boek twee elementen toegevoegd waarvan we hopen dat ze behulpzaam zullen zijn. Het eerste bestaat uit de 'Kerngedachten': essentiële ideeën en concepten die in een kader staan, zodat ze in één oogopslag kunnen worden herkend. Zo kunnen ze als leidraad dienen bij de behandeling en geven ze tegelijkertijd een opsomming van de meeste belangrijke begrippen in elk hoofdstuk. Het tweede bestaat uit de paragraaf 'Verdere verkenningen' aan het eind van elk hoofdstuk. Deze zijn bedoeld om te profiteren van het feit dat therapeuten doorgaans hun hele leven lang willen blijven leren. De suggesties die hier worden gedaan, bestaan uit aanvullende ideeën en vragen, vaardigheidsoefeningen en voorstellen voor onderwerpen die aan de hand van het hoofdstuk met collega's zouden kunnen worden besproken.

Tot slot zijn we ons er terdege van bewust dat we niet alles wat relevant is in dit boek hebben opgenomen. We hopen echter dat we in elk geval voldoende basisprincipes hebben besproken om therapeuten te helpen om



samen met hun cliënten iets beter hun weg te vinden in deze moeilijke en veeleisende behandelingen.

## **Over de terminologie**

We hebben een beetje geworsteld met de terminologie die we wilden gebruiken, omdat we graag wilden dat dit boek zo praktisch mogelijk zou worden, met zo min mogelijk jargon. Dit bleek vooral lastig als het ging om sommige van onze eigen theoretische termen. We hebben deze termen immers ooit ontwikkeld, omdat we vonden dat ze klinisch uitermate toepasbaar waren. In het verleden hebben we twee termen gebruikt die we in dit boek niet hanteren. Dat vraagt om een korte toelichting.

In een poging om verschillende prototypes van dissociatieve delen van de persoonlijkheid te omschrijven, gebruikten we voorheen de term ‘ogenschijnlijk normale delen van de persoonlijkheid’ (oftewel ANP: Apparently Normal Parts of the Personality) om die delen te benoemen die het vaakst in het dagelijks leven functioneren, aangestuurd worden door dagelijkse handelings- en motivatiesystemen en traumatische herinneringen vermijden. Voor delen die het merendeel van de tijd in traumatijd verkeren en vastzitten in defensieve handelingssystemen om zich te beschermen tegen gevaar en levensbedreiging gebruikten we eerder de term ‘emotionele delen van de persoonlijkheid’ (oftewel EP: Emotional Parts of the Personality). Er zitten zowel voordelen als nadelen aan het gebruik van deze termen. De term ‘ANP’ is bijvoorbeeld niet zozeer bedoeld om weer te geven hoe er in het dagelijks leven wordt gefunctioneerd (ogenschijnlijk normaal) als wel om het gebrek aan integratie ten opzichte van andere delen uit te drukken dat in stand wordt gehouden door de fobie van de ANP voor de andere delen en voor de traumatische herinneringen die ze bewaren. Hoewel een van ons (Onno) gehecht blijft aan deze term, menen de andere auteurs (Kathy en Suzette) dat dit concept misschien wat te beperkt is om het hele scala aan ervaringen van dissociatieve delen die in het dagelijks leven functioneren – en de talloze uitdrukkingen daarvan – op adequate wijze over te brengen. In dit boek gebruiken we daarom voor ANP de omschrijving ‘delen die in het dagelijks leven functioneren’, ongeacht hun mate van ogenschijnlijke normaliteit of disfunctioneren.

Ook de term ‘EP’ is nuttig, omdat die de heftige emoties beschrijft die gebruikelijk zijn voor delen die in traumatijd verkeren en die horen bij de verdediging tegen werkelijk of vermeend gevaar, ook al voelen sommige delen zich juist verdoofd of hebben ze enige functies in het dagelijks leven weten te ontwikkelen. Een van de auteurs (Onno) geeft de voorkeur aan deze term, maar de anderen (Kathy en Suzette) vinden hem te beperkt, omdat de

# 1

## Dissociatie als non-realisatie

*Dissociatie is de essentie van trauma.*

– Bessel van der Kolk (2014/2016, blz. 99)

*Wanneer de realisatie diep gaat, danst je hele wezen.*

– zen-spreekwoord

Helen is een intelligente, gevatte, vindingrijke vrouw van middelbare leeftijd die zich op het hoogtepunt van haar carrière als humanresourcesmanager bevindt. Aan de buitenkant lijkt het of ze haar zaakjes goed voor elkaar heeft, maar Helen is depressief en leeft voortdurend met de angst dat ze ontslagen zal worden, ondanks alle bewijzen voor het tegendeel. Sterker nog: ze wordt zeer gerespecteerd en gewaardeerd door haar collega's. Helen kan dat echter maar moeilijk geloven. Ze voelt zich de meeste tijd emotioneel verdoofd en lijdt aan slapeloosheid, hevige nachtmerries, paniekaanvallen en flashbacks, flitsen van het misbruik in haar kindertijd die haar overspoelen met doodsangst, pijn en hulpeloosheid. Bovendien hoort Helen verschillende angstaanjagende interne stemmen, waarvan er een vol woede en walging tegen haar schreeuwt en een andere klinkt als een klein kind dat krijs van de pijn. Als ze deze stemmen hoort, schieten haar ogen heen en weer en ziet ze er angstig uit. Haar lichaam is gespannen, haar borstkas is hol en ingezakt, en haar hoofd lijkt wel verborgen tussen haar opgetrokken schouders. Tegen de tijd dat ze besluit om met therapie te beginnen, staat ze op de rand van instorten.

Helen vertelt dat ze al op zeer jonge leeftijd ernstig misbruikt en verwaarloosd werd. Ze kan zich slechts flarden van haar kindertijd herinneren, maar ze wist haar geschiedenis te construeren aan de hand van de verontrustende verhalen die haar (naaste) familie met haar deelde. Zelf herinnert ze zich niet veel van de dingen die men haar vertelt. De herinneringen die ze wél aan haar moeilijke jeugd heeft, zijn vaag en als in een droom, alsof ze onecht zijn of iemand anders zijn overkomen. Ze weet nog hoe ze als kind het gevoel had dat ze boven haar bed zweefde, kijkend naar *een ander klein meisje dat mijn pyjama aanhad en precies hetzelfde haar had*

*als ik*, terwijl ze op gewelddadige wijze misbruikt werd door een familielid. Ze worstelt hevig met de vraag of die onduidelijke beelden waar zijn of dat haar familie wellicht overdrijft hoe gruwelijk het was wat er gebeurde. Tegelijkertijd wordt ze geplaagd door flashbacks die veel te echt lijken en die de huidige werkelijkheid doen vervagen door de levendigheid waarmee ze haar zintuigen begoochelen. Helen heeft veel kritiek op zichzelf, omdat ze ervan overtuigd is dat ze geen reden heeft om depressief te zijn. Ze vindt zichzelf zwak en kinderachtig. Als ze minder zou klagen en beter haar best zou doen, zou alles immers in orde zijn. Ze gaat elke dag gebukt onder een enorme emotionele last, en daar lijdt ze zo onder dat het haar moeite kost om normaal te functioneren.

### **Het continuüm van non-realiserie: niet echt, niet waar, niet van mij, niet ik**

Het verhaal van Helen bevat veel zaken die we kunnen bespreken, maar laten we beginnen met haar zorgwekkende problemen op het gebied van realisatie – dat wil zeggen: met het accepteren van haar leven zoals het is en het zich daaraan aanpassen. Realisatie is een zeer belangrijk concept dat voor iedereen relevant is in het dagelijks leven. Het is een centraal onderdeel van integratie. Integratie bestaat uit een voortdurende reeks acties die ons helpen om onze ervaringen in een bepaalde periode te onderscheiden en met elkaar te verbinden binnen een persoonlijkheid die zowel flexibel als stabiel is. Op deze manier wordt het zo goed mogelijk functioneren in het heden en in de verwachte toekomst bevorderd (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006/2010). Realisatie is niet alleen van cruciaal belang voor het integreren van traumatische herinneringen, maar ook noodzakelijk om op een doeltreffende wijze te kunnen omgaan met alle aspecten van het dagelijks leven – variërend van de alledaagse tot de catastrofale, van de aangename tot de pijnlijke en van de simpelste tot de meest complexe ervaringen. Aangezien we in een gedeelde sociale realiteit leven, kunnen we ons het best die dingen realiseren die anderen zich ook realiseren. Als kinderen worden misbruikt of mishandeld door een verzorger die geacht wordt van ze te houden, als mensen en organisaties niet de bescherming bieden die ze zouden moeten bieden, is het ondraaglijk voor kinderen om zich dat te realiseren. Verraad houdt realisatie tegen en bevordert dissociatie (Freyd, 1996, 2013).

## Kerngedachte

---

Realisatie is het voortdurende en actieve proces van bewustwording van de werkelijkheid zoals die is, het accepteren van die werkelijkheid en het op effectieve wijze daarmee omgaan (Janet, 1935, 1945; Van der Hart et al., 2006/2010).

---

Non-realisatie is het onvermogen om ons de essentiële aspecten van onze externe ervaring eigen te maken die feitelijk tot ons verleden, ons heden en onze toekomst behoren; van ons zelf; en van onze innerlijke ervaringen, zoals gedachten, fysieke handelingen, sensaties, herinneringen en emoties. Non-realisatie kent vele vormen, die voor iedereen anders zijn. Non-realisatie kan licht, matig of ernstig zijn en verband houden met eenvoudige dagelijkse ervaringen of met catastrofale gebeurtenissen. De verschijnselen van non-realisatie kunnen zich op sommige terreinen van het leven wel voordoen en op andere niet, en ze kunnen variëren van kleine, kortstondige momenten van afwezigheid met de daarbij behorende vergeetachtigheid tot ernstige, veelomvattende amnesie – volledige non-realisatie (Janet, 1945).

Non-realisatie kan ook alleen maar betrekking hebben op specifieke aspecten van een ervaring. Dat geldt zowel voor goede als voor slechte ervaringen. Helen was er bijvoorbeeld trots op dat zij de eerste in haar familie was die een universiteitsdiploma behaalde, maar ze was niet in staat om zich te realiseren dat haar eigen intellectuele vermogens dat mogelijk hadden gemaakt. In plaats daarvan was ze ervan overtuigd dat ze dom was, ondanks alle bewijzen van het tegendeel. Ze realiseerde zich dat ze de hele tijd bang was, wat tot uitdrukking kwam in haar gejaagde blik en gekromde schouders, maar ze was zich niet bewust van de bron van haar angst.

Getraumatiseerde mensen hebben doorgaans verschillende problemen met realisatie. Non-realisatie kan betrekking hebben op meer alledaagse gebeurtenissen, maar ook op zeer ernstige situaties. *Ik heb niet echt problemen, ik ben alleen maar in therapie gegaan omdat mijn man dat wilde; Ik ben het probleem niet, alle andere mensen zijn het probleem!; Ik had een prima jeugd; Ik heb geen idee hoe die brandwonden op mijn arm terecht zijn gekomen – ze doen helemaal geen pijn; Ik kan me niets herinneren van de tijd voordat ik naar de middelbare school ging; Dat kleine jongetje ben ik niet, dat gezicht dat ik in de spiegel zie, is niet het mijne.* Hoe meer moeite iemand heeft om zich dingen te realiseren, hoe groter de kans dat de therapie lang zal duren en vele uitdagingen zal kennen. In zulke gevallen is er veel werk nodig om de cliënt te helpen bij het vergroten van zijn of haar vermogen tot realisatie en verdere integratie.

# 12

## Weerstand als vorm van fobische vermijding: praktische benaderingen

*Door weerstand als een onontkoombaar, zelfs wenselijk, onderdeel van ons werk te beschouwen, zijn we beter in staat om onze cliënten werkelijk te accepteren en op een therapeutische manier met hen om te gaan. Daarom zeg ik: vive la résistance.*

– Stanley Messer (2002, blz. 163)

Hoewel er nooit één juiste manier is om met weerstand om te gaan, kunnen we algemeen het volgende stellen: hoe meer respect en begrip therapeuten kunnen opbrengen voor de redenen die ten grondslag liggen aan de vermijding door de cliënt, hoe beter de uitgangspositie is voor een zorgvuldige en effectieve aanpak. Tevens geldt: hoe bewuster therapeuten zich zijn van hun eigen – positieve of negatieve – aandeel in de therapie, hoe sneller en effectiever eventuele weerstand bij hen kan worden opgelost. Het belangrijkste is vanzelfsprekend om binnen de grenzen van de window of tolerance van de cliënt te werken, wat vaak betekent dat het tempo van het langzaamste deel van de cliënt moet worden aangehouden en er kleine stapjes moeten worden gezet.

Zoals we in het vorige hoofdstuk hebben aangegeven, is het vooral de fobie voor de innerlijke ervaring die aan weerstand ten grondslag ligt, gevolgd door fobieën voor dissociatieve delen, gehechtheid en het verlies van gehechtheid, traumatische herinneringen en verandering. Helaas gaan therapeuten lang niet vaak genoeg na in hoeverre er sprake is van het vermijden van de innerlijke ervaring en waarom. Het is zeer bevorderend voor de therapie als therapeuten zich bewust zijn van de mate van weerstand die cliënten tegen hun eigen ervaringen hebben.

Een van de eerste en belangrijkste stappen voor het verminderen van fobische vermijding bij dissociatieve cliënten is dat de therapeut begrijpt dat weerstand vaak wordt bewaard door dissociatieve delen die in de zittingen

niet naar voren komen en dat het tegelijkertijd een systemische kwestie is die betrekking heeft op meer dan een enkel dissociatief deel, vaak het hele systeem van delen.

### Kerngedachte

.....

De delen die in de therapie niet gemakkelijk te bereiken zijn, zijn vaak de delen die de meeste weerstand vertonen. Het is verleidelijk voor de cliënt om dat probleem vervolgens aan deze delen toe te schrijven, terwijl weerstand in feite een kwestie is die het hele systeem van de cliënt aangaat. Alle delen spelen een rol bij het in stand houden van de weerstand, zelfs al is het maar door weerspannige delen te vermijden of ze de schuld ervan te geven.

.....

Hieronder beschrijven we enkele praktische benaderingen die nuttig kunnen zijn om de weerstand te verminderen.

### **Praktische benaderingen voor het werken met fobische vermijding**

Om op doeltreffende wijze met weerstand te werken is het allereerst nodig, zoals we in het vorige hoofdstuk hebben aangegeven, om cliënten uitgebreid te onderzoeken en daarmee goed zicht te krijgen op hun sterke en zwakke punten. Dit houdt onder andere in dat de mate van chronische weerstand moet worden vastgesteld en dat er moet worden bepaald of die weerstand door specifieke delen wordt bewaard of een kenmerk is van alle delen. Hoe chronischer en diepgewortelder de weerstand is, hoe planmatiger er te werk moet worden gegaan en hoe langzamer het tempo zal zijn. Dat vergt dus ook meer geduld van de therapeut. Ten tweede moeten therapeuten zich voortdurend bewust zijn van hun eigen weerstand, voor zover die mogelijk belemmerend kan zijn voor de therapie. De weerstand bij een therapeut is een reactie op de problematiek en weerstand van de cliënt. Ten derde is het belangrijk dat de therapeut de weerstand van zijn of haar cliënt en van zichzelf regelmatig bespreekt met een collega die door de therapeut als effectief en steunend wordt ervaren.

### **Blijf op een compassievolle manier nieuwsgierig naar de functie van de weerstand**

Fobische vermijding is een vorm van zelfbescherming. De eerste stap om weerstand te verminderen is samen met de cliënt onderzoeken op welke manier de vermijding helpt. Wat levert zelfbeschadiging de cliënt op,

# 14

## Werken met de kinddelen van de cliënt

*Werken met delen van de persoonlijkheid die zich presenteren als jonge kinderen maakt een psychotherapie doorgaans kwetsbaarder voor fouten [...]. Deze kinddelen zijn personificaties van de cliënt als kind – en geen echte kinderen.*

– James Chu (2011, blz. 222)

*Ik moest een manier vinden om het nachtkind te integreren [...]. Totdat het nachtkind werkelijk werd gehoord, gerespecteerd en geïntegreerd, bleef ik – de volwassene – de nacht vrezende en me vastklampen aan de bescherming van mijn ineengekrompen lichaam.*

– Marilyn Van Derbur (2003, blz. 546)

Dissociatieve kinddelen (en puberdelen) zijn representaties van de vele kwetsingen en tekortkomingen die de cliënt op ontwikkelingsgebied heeft moeten ervaren. Ze zitten vaak vast in een specifiek defensief handelings-systeem, zoals de roep om nabijheid (gehechtheidzoekend gedrag), vechten, vluchten, bevriezen, versuffen of flauwvallen. Kinddelen zijn meestal erg bang en op zoek naar steun en troost, terwijl puberdelen vaker boos, opstandig en wars van verantwoordelijkheid zijn. Dit verschilt natuurlijk sterk van cliënt tot cliënt. In hoofdstuk 13 hebben we voorbeelden gegeven van manieren waarop met zeer afhankelijke kinddelen kan worden gewerkt en in hoofdstuk 16 zullen we casussen beschrijven waarin gewerkt wordt met boze kinddelen. Dat zijn echter niet de enige kinddelen die kunnen voorkomen. Ook een speels kindeel, een geseksualiseerd kindeel, een kindeel dat bevroren is of in een toestand van verlaagd bewustzijn verkeert en een claimend of beschaamd kindeel zijn bijvoorbeeld mogelijk. Er kan sprake zijn van zuigelingen en peuters die nog geen taal kunnen gebruiken, delen die lichamelijke verwondingen of ziektes hebben, en zelfs ‘dode’ kinddelen die worden ervaren als delen die tijdens het misbruik zijn gestorven. Sommige van deze dissociatieve delen lijken doof of niet te kunnen praten. Sommige

kinddelen worden door de cliënt omschreven als naakt of vuil, of als kinderen zonder mond, ogen of handen.

Zulke beelden zijn vanzelfsprekend een afspiegeling van de doodsangst en hulpeloosheid van de cliënt als kind, van de angst om erover te praten, van de schaamte om gezien of gekend te worden en van de fundamentele verwaarlozing die kenmerkend was voor hun bestaan. Deze delen worden vaak beleefd alsof ze zich in de oorspronkelijke traumatische situatie bevinden, zoals in een bed of kelder terwijl ze misbruikt of geslagen worden. Doorgaans zitten ze vast in traumatijd en in een verdedigingsmodus tegen gevaar of levensbedreiging. Sommige delen worden vanbinnen in een voortdurende re-enscenering nog steeds misbruikt of mishandeld door delen die de dader(s) imiteren (zie hoofdstuk 17).

### Kerngedachte

.....

Dissociatieve kinddelen zijn doorgaans uitingen van ervaringen van de cliënt waarin hij of zij zich het meest kwetsbaar, verwond, hulpeloos en verloochend voelde. Ze kunnen echter ook niet-erkende razernij, onredelijkheid en seksuele gevoelens ervaren, of een sterke behoefte om controle over anderen te hebben.

.....

Sommige kinddelen zijn redelijk actief in het dagelijks leven, andere zijn dat alleen vanbinnen. Weer andere zijn volledig afgesloten van andere delen en worden niet door hen gekend. Ze worden in een donkere put, achter een muur of op een andere manier verborgen gehouden. De therapeut moet steeds voor ogen houden dat de interne dissociatieve wereld zich niet aan dezelfde wetten van lineair denken en logica houdt als de buitenwereld. Zo zijn 'dode delen' waarschijnlijk niet werkelijk dood, maar lijken een tijdlang dood, en kunnen dove delen begrijpen wat er wordt gezegd zonder te horen.

Zoals altijd moeten de therapeut en de cliënt op zoek gaan naar de betekenis van deze representaties en vooral ook naar de non-realisaties die eraan ten grondslag liggen. Zo kan een 'dood' kinddeel zijn ontstaan toen de cliënt (bijna) het bewustzijn verloor tijdens het misbruik en ervan overtuigd was dat ze was gestorven. Daardoor realiseert dit deel zich niet dat ze het in werkelijkheid heeft overleefd - en hetzelfde geldt voor de andere delen van de cliënt. Een 'overleden' kind kan symbool staan voor het gevoel dat het misbruik 'mijn ziel heeft gedood' of voor een ander kind dat geen deel is van de cliënt. Sommige kinddelen functioneren in het dagelijks leven of oefenen grote invloed uit op het volwassen deel van de cliënt.



## Voorbeeldcasus: kinddelen die in het dagelijks leven functioneren – Daniël

Daniël, een veertigjarige man, had een kinddeel genaamd ‘Danny’. Danny was een intelligent en speels kinddeel dat in Daniëls kindertijd de taak had gekregen om naar school te gaan zonder zich bewust te zijn van de gewelddadige situatie thuis. Danny stopte op elfjarige leeftijd met groeien, omdat hij zich niet kon realiseren dat zijn oma, een belangrijke gehechtheidspersoon in zijn leven, was overleden en hem niet langer kon beschermen tegen zijn brute ouders. Danny was ervan overtuigd dat zijn oma nog steeds leefde en praatte met een intern deel dat hij als zijn oma ervoer. Dit deel kwam vaak naar voren om Daniëls stemming te verbeteren als hij zich depressief voelde.

### Kerngedachte

Kinddelen zijn geen echte kinderen. Het zijn representaties en moeten door de therapeut dus ook niet als kinderen worden behandeld, maar als aspecten van een volwassen cliënt.

### Interne reacties op kinddelen

Kinddelen worden meestal verguisd door andere delen van de cliënt, vooral door de volwassen delen, omdat ze uitdrukking geven aan dingen die de cliënt wil vermijden: ondraaglijke gevoelens van angst, walging, ontzetting, afgrijzen, schaamte, verlangen, woede, hulpeloosheid, afhankelijkheid en onduldbare sensaties, gedachten en overtuigingen. Zoals Marilyn Van Derbur (2003), een ervaringsdeskundige, schreef over haar belevingen:

Mijn nachtkind had zich aan onze afspraak gehouden. Ze had het [misbruik] ondergaan totdat ik [de volwassene] sterk en zelfverzekerd genoeg was om terug te komen en haar te redden. Maar in plaats van haar dankbaar te zijn voor haar zelfopoffering, verafschuwde en minachtte ik haar en gaf ik haar de schuld van alles. (blz. 191)

Soms ervaart de cliënt de delen als kinderen die schreeuwen, huilen of voortdurend kreunen, waardoor het deel van de cliënt dat in het dagelijks leven functioneert nog angstiger en meer overspoeld raakt.